

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

AMANDA RAMALHO SILVA

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SINAIS E SINTOMAS  
DE DEPRESSÃO E DE DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Porto Alegre

2015

AMANDA RAMALHO SILVA

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SINAIS E SINTOMAS  
DE DEPRESSÃO E DE DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de mestrado em cumprimento às exigências do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho

Porto Alegre

2015

## Ficha catalográfica

S586 Silva, Amanda Ramalho

Doenças crônicas não transmissíveis e sinais e sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos na atenção primária à saúde / Amanda Ramalho Silva – 2015.

76v f.: il.; 30cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, RS, 2015.

“Orientação: Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho.”

Catlogação na publicação:  
Bibliotecária Estela Moro Gallon – CRB 10/1350

AMANDA RAMALHO SILVA

**DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SINAIS E SINTOMAS  
DE DEPRESSÃO E DE DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de mestrado em cumprimento às exigências do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) para a obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Irenio Gomes da Silva Filho

---

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliane Portela Ribeiro

Dedico este trabalho...

A todos os idosos, em especial, a meus avós Iolanda e Paulo.

A minha mãe, minha inspiração de vida.

A minha tia, minha melhor amiga.

A meu pai, que não teve a oportunidade de vivenciar mais esta etapa da minha vida.

"Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender." (Paulo Freire)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar coragem e serenidade para enfrentar os desafios de todo dia e fortalecer-me em busca dos meus objetivos.

Aos idosos que compartilharam suas vidas e permitiram a realização deste trabalho.

A minha mãe Fernanda, minha incentivadora nata, que me acolhe, acompanha minha caminhada e está sempre ao meu lado.

A minha tia Marizeti, que, de um modo ou outro, sempre está presente em todo e qualquer passo da minha jornada.

A meus avós Paulo e Iolanda, que me permitem vivenciar de perto toda a virtude e dificuldade de ser um idoso.

Ao Prof. Sotero, pela generosidade e concessão de todas as idas e vindas da "epidemia" ao IGG. Agradeço também aos meus colegas de trabalho, Andréia, Jordana, Luciano e Taiza, pela paciência, compreensão e parceria nos momentos em que estive ausente e, por vezes, ainda que presente, ausente.

Ao Prof. Irenio, por ter me acolhido no PENCE, pela disponibilidade aos meus questionamentos e por ter me orientado durante todo o curso. Agradeço também a solicitude das colegas Paula e Vanessa desde o momento em que fiz minha matrícula e a todos os colegas do PENCE, Eduardo e Fernanda, pela ação conjunta realizada nas últimas semanas.

Às minhas amigas pelotenses que estão sempre comigo, mesmo que distantes, pelas palavras de força nas últimas semanas e por todas as vezes que escutaram atenciosamente quando eu mencionava a palavra mestrado.

À Andressa, Claudine, Janaína, Kênia, Luiza, Raquel e Patrícia, porque vocês não só enriqueceram meu aprendizado, como minha vida. Tenho certeza de que a amizade e parceria conquistadas no IGG serão para sempre.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

## RESUMO

**Objetivos:** Investigar as doenças crônicas não transmissíveis associadas com sintomas de depressão e sinais de *deficit* cognitivo em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Estudo transversal com 1.391 idosos atendidos no Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE) da Estratégia Saúde da Família do Município de Porto Alegre (RS). Os dados foram coletados a partir do prontuário do PENCE, que contém informações sociodemográficas e doenças crônicas autorreferidas, além de instrumentos utilizados para triagem de depressão e declínio cognitivo. Para o rastreamento dos sintomas de depressão, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), e, para o rastreamento dos sintomas de *deficit* cognitivo, foi utilizado o Vellore, que contém 10 questões para um informante e teste breve realizada com o idoso. **Resultados:** Apenas 18,7% dos idosos não referiram doença crônica e 47,5% referiram duas ou mais. Foi observada maior frequência de doença crônica com idade avançada ( $P < 0,001$ ) e menor escolaridade ( $P = 0,004$ ); e menor frequência de doença crônica entre os solteiros ( $P = 0,001$ ). O resultado da GDS foi alterado em aproximadamente 28% dos idosos sem doença crônica e 44% daqueles com alguma doença crônica ( $P < 0,001$ ). Já o resultado do cognitivo foi alterado em aproximadamente 42% e 51% dos idosos sem e com doença crônica, respectivamente ( $P < 0,001$ ). A maior prevalência de sintomas depressivos foi no sexo feminino e nos idosos com doença coronariana, insuficiência cardíaca e AVC; e menor prevalência naqueles com 1º grau completo, que vivem com parceiro e nos viúvos. Já a presença de sinais de *deficit* cognitivo foi prevalente entre os que tinham 80 anos ou mais, nos idosos da raça negra e naqueles que apresentavam doença coronariana e acidente vascular encefálico; e foi menos prevalente, quanto maior a escolaridade e entre os idosos que referiram reumatismo/artropatia. **Conclusão:** Os resultados sugerem que, entre as doenças crônicas, as cardiovasculares e as cerebrovasculares têm associação independente mais evidente, tanto com depressão quanto com declínio cognitivo, corroborando a hipótese de uma possível relação da depressão como fator de risco para doença vascular e desta com comprometimento encefálico associado ao declínio cognitivo e, talvez, também com a depressão.

**Palavras-chave:** Depressão. Cognição. Doença Crônica. Idoso. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the non-communicable chronic diseases with symptoms of depression and of cognitive deficit in elders attended by family health strategy. **Methods:** It is conducted a cross-sectional, quantitative and descriptive study with 1.391 elders attended by 21 family health strategy under PUCRS jurisdiction, Porto Alegre. Data were collected from the formulary of PENCE. It was used for tracking of the symptoms of depression the geriatric depression scale (GDS15), and it was used the Vellore for the tracking of cognitive deficit symptoms. **Results:** Only 18,7% out of the analyzed did not present chronic disease and 47,5% presented 2 or more. It was noticed a greater frequency of chronic diseased with advanced age ( $P<0,001$ ) and lower level of education ( $P=0,004$ ) and lower frequency of chronic diseases among singles ( $P=0,001$ ). The GDS result was normal in approximately 72% of the elder without chronic disease and 56% of those with some chronic disease ( $P<0,001$ ). The Vellore result was normal in approximately 58% and 49% of the elders with or without chronic diseases respectively ( $P<0,001$ ). The following diseases showed significant association ( $P<0,05$ ) as the result of the depression symptoms scale as the cognitive symptoms scale: hypertension, diabetes, coronary disease, heart failure and cerebral vascular accident. **Conclusion:** The results suggest that, among the chronic diseases, cardiovascular and cerebrovascular have a clearer Independent association, both with depression as with cognitive decline, supporting the hypothesis of a possible relationship of depression as a risk factor for vascular disease and with this commitment brain associated with cognitive decline and perhaps also to depression.

**Keywords:** Depression; Cognition; Chronic Disease; Aged; Primary Health Care.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>DPOC</b>	Doença pulmonar obstrutiva crônica
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GDS</b>	<i>Geriatric Depression Screen</i>
<b>GDS- 15</b>	<i>Geriatric Depression Screen-15</i>
<b>PENCE</b>	Programa de envelhecimento cerebral
<b>PUCRS</b>	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciencew</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## Sumário

1	Introdução .....	12
2	Objetivos .....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos .....	14
3	Referencial teórico .....	15
3.1	Atenção Primária à Saúde.....	15
3.2	O cenário do envelhecimento da população no Brasil.....	16
3.3	Doenças crônicas não transmissíveis na população idosa.....	17
3.4	Associação dos sintomas de depressão e déficit cognitivo nos idosos com doenças crônicas não transmissíveis .....	20
4	Métodos .....	21
4.1	Delineamento do estudo.....	21
4.2	Local do estudo .....	21
4.3	População amostral .....	21
4.4	Critérios de seleção .....	22
4.4.1	Critérios de inclusão.....	22
4.4.2	Critérios de exclusão.....	22
4.5	Descrição dos métodos de mensuração.....	22
4.5.1	Escala Geriátrica de Depressão.....	22
4.5.2	Escala Vellore .....	23
4.5.3	Questionário geral.....	23
4.6	Procedimentos para coleta de dados .....	24
4.7	Variáveis do estudo .....	24
4.7.1	Variáveis dependentes.....	24
4.7.2	Variáveis independentes.....	24
4.7.3	Potenciais variáveis de confusão .....	25
4.8	Análise estatísticas .....	25
4.9	Aspectos éticos.....	25
5	Artigo submetido para publicação.....	26

6	Considerações finais.....	28
7	Referências.....	29
8	ANEXO A.....	32
9	ANEXO B.....	34
10	ANEXO C.....	37
11	ANEXO D.....	45
12	ANEXO E.....	47
13	APÊNDICE A.....	52

## 1 Introdução

Atualmente, 10,8% da população brasileira é composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, enquanto que, na década de 1960, no Brasil, a expectativa de vida média ao nascer era de 50 anos de idade, aumentando para 72,8 anos no ano de 2008 e, atualmente, com projeção para 81,3 anos no ano de 2050, igualando-se a países desenvolvidos.<sup>1</sup> Esse progresso relativo de envelhecimento se deu por vários motivos, sendo o principal deles a diminuição da mortalidade e fatores positivos como a expansão de políticas e ações públicas bem-sucedidas, diminuição da mortalidade infantil, desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e para o tratamento e outros componentes que contribuíram para o envelhecimento dos indivíduos.<sup>2</sup>

No entanto o envelhecimento da população acarreta em algumas consequências negativas, assim, afetando toda a população. Uma das principais consequências é o aumento da prevalência de determinadas doenças crônicas, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e que são responsáveis pelas mudanças epidemiológicas e nos setores público e privado de saúde.<sup>3,4</sup> As causas para as DCNT não podem ser atribuídas somente a um fator, tendo em vista que a maioria delas tem múltiplas causas e etiologias e depende, também, do tempo de exposição que o indivíduo ficou ao agente causador, além da carga genética. De um modo geral, os quatro principais fatores de risco comum para a maior parte das DCNT é o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável e o consumo de álcool em excesso.<sup>5</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), as doenças de maior impacto mundial são as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, AVC), tipos de câncer, as doenças respiratórias crônicas e as doenças que causam sofrimento nos indivíduos, suas famílias e sociedade, como as desordens mentais e as neurológicas, entre elas, a depressão e a demência<sup>6</sup>. Em relação à depressão, a prevalência varia de 4,7% a 36,8%. Essa variação ocorre em razão da variabilidade de instrumentos validados que são utilizados para rastrear e detectar os sintomas de depressão em idosos<sup>7</sup>. Para a demência, foi descrita uma prevalência média mundial de 7% de idosos com demência, aumentando progressivamente com a idade cronológica.<sup>8</sup> Essa grande parcela da população sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e ou sociais, frequentemente,

associados com sintomas de depressão e com sinais de comprometimento cognitivo. Evidências científicas<sup>8,22,23,24,26,27,28</sup> sugerem forte associação de sintomas de depressão com as doenças crônicas, principalmente, as doenças crônicas não transmissíveis, assim como para os idosos que apresentam sinais de declínio cognitivo<sup>9</sup>. Nesse sentido, existe um investimento público para ampliar e qualificar ações já existentes no âmbito das DCNT, visto que o declínio cognitivo e a depressão geram um aumento na demanda de atendimento e de acompanhamento em qualquer um dos níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), que é o responsável por suprir toda e qualquer necessidade no âmbito individual e coletivo das pessoas.

Portanto, o presente estudo se justifica pela necessidade de estudos brasileiros disponíveis e atuais sobre esse tema, por estar inserido no nível de atenção à saúde com a maior taxa de resolutividade dos problemas dos indivíduos e famílias, porque Porto Alegre é a capital brasileira com o maior número relativo de idosos e por ser um subprojeto do Programa de Envelhecimento Cerebral “PENGE”, cujo objetivo principal é fornecer suporte à rede de saúde mental do SUS nos três níveis de atenção à saúde das pessoas a partir dos 55 anos e implementar um modelo de atenção à saúde mental.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar as doenças crônicas não transmissíveis, associadas com sinais e sintomas de depressão e declínio cognitivo em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre - RS.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre - RS:

- descrever a frequência de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas;
- verificar se existe associação das doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas com dados sociodemográficos;
- descrever a frequência de sintomas de depressão;
- verificar se existe associação de sintomas de depressão com doenças crônicas não transmissíveis, controlada para os dados sociodemográficos;
- descrever a frequência de sinais de declínio cognitivo;
- verificar se existe associação de sinais de declínio cognitivo com doenças crônicas não transmissíveis, controlada para os dados sociodemográficos.

### **3 Referencial teórico**

#### **3.1 Atenção Primária à Saúde**

De acordo com Starfield (2002), por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) é que se oferece a entrada para todas as pessoas no sistema de saúde, onde se deve resolver os problemas e necessidades de todos e com fácil acesso. Divide, o autor, a APS em dois atributos para proporcionar melhor efetividade. Os atributos essenciais — que correspondem ao acesso, à longitudinalidade, à coordenação do cuidado e à integralidade. E os atributos derivados — por sua vez, que correspondem à orientação familiar, à orientação comunitária e à competência cultural.<sup>10</sup> Nesse sentido, a APS exerce um papel decisório no processo de saúde dos indivíduos e famílias, porque, além de ser o primeiro contato com o usuário do SUS, será também esse nível de saúde que o acompanhará sempre.

No Brasil, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2011) deixa explícito que ações de promoção à saúde, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo, são de responsabilidade da APS, com a coparticipação de todos os cidadãos.<sup>11</sup> A PNAB compreende que todo o processo de trabalho deve ser realizado por equipes multidisciplinares, as quais são responsáveis por um território e têm uma população adscrita bem delimitada.

As Equipes de Saúde da Família foram criadas, em 2004, com o intuito de reorganizar a APS, tanto no âmbito de ações como de recursos. Na época de criação, as equipes eram consideradas um programa e, assim, denominadas Programa de Saúde da Família. Alguns anos depois, observando o impacto populacional positivo que obtiveram, foram consideradas estratégias de governo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF), além de modificar e aumentar o modelo de recursos financeiros, seja federal, estadual ou municipal, tornou-se referência da qualidade e do acesso dos brasileiros aos serviços de saúde.<sup>12</sup> Mendes (2002) afirma que 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos no âmbito da APS.<sup>13</sup>

Há 10 anos, o número de equipes da ESF, no Brasil, era de 19.068, com o indicador de cobertura em apenas 35.7% da população brasileira. Atualmente, existem mais de 34 mil equipes, com isso, determinando o indicador de cobertura populacional em mais de 55%. A respeito do crescimento de cobertura populacional por equipes de saúde da família, o estado do Rio Grande do Sul acompanhou proporcionalmente o aumento e crescimento do processo de organização da APS, embora na capital, Porto Alegre, a cobertura ainda seja inferior à média nacional, em 2003, era de quase 16% e, em 2013, mais de 32%, observando-se um aumento gradativo.

### **3.2 O cenário do envelhecimento da população no Brasil**

A dimensão do envelhecimento da população no Brasil é observada nas últimas décadas como um fenômeno antes visto, apenas, em países desenvolvidos. No final da década de 1960 até o ano de 2008, houve uma significativa diminuição dos nascidos vivos e de mortes, os quais não fizeram parte da taxa de contagem da população, por representarem 105 milhões de pessoas. Nesse mesmo período, a taxa de crescimento populacional, que era de 3,4 ao ano, passou para 2,39 no ano de 2000 e está com uma projeção para 1,5 para o ano de 2050.<sup>1</sup> Ressalta-se que, conforme a Política Nacional do Idoso, de 13 de dezembro de 1999, sancionada pelo Ministério da Saúde, considera-se, no Brasil, um país em desenvolvimento, idoso como a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.<sup>14</sup>

A expansão de políticas e ações públicas bem-sucedidas se tornou um dos principais fatores concomitantes para o envelhecimento no Brasil, assim como a diminuição das taxas de mortalidade e, especialmente, a diminuição da mortalidade infantil.<sup>2</sup> É importante ressaltar a migração que ocorreu da área rural para os grandes centros urbanos, com melhoria nas condições de moradia e acesso ao saneamento básico.<sup>7</sup> A melhora da qualidade de vida, com os avanços médicos, diagnósticos precoces e tratamentos efetivos refletiram no aumento considerável da expectativa de vida ao nascer.<sup>31,2,15</sup>

Há 70 anos, no Brasil, a expectativa de vida média ao nascer era de 50 anos de idade, ou seja, não se tinha a expectativa de se tornar um idoso. Em 2008, o indicador de

expectativa de vida ao nascer era de 72,79 anos e as projeções para o ano de 2050 são de 81,3 anos para ambos os sexos, sendo de 78,2 e 84,5 anos para homens e mulheres, respectivamente.<sup>1</sup> Esse indicador é passível de comparação com países desenvolvidos como Japão, Austrália e Nova Zelândia.<sup>16</sup> No estado do Rio Grande do Sul, a média de idade é maior que a nacional e 13,6% da população são constituídos por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.<sup>3</sup>

Dessa forma, fica evidente a necessidade que municípios e estados planejem e qualifiquem as ações em saúde e em recursos humanos para acolher e atender toda essa parcela da população, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), cujo aumento da demanda está cada vez maior e com tendências de aumento ainda para os próximos 20 anos, quando, em 2039, o Brasil atingir o chamado crescimento zero e, então, tornar-se-á um país denominado velho.

### **3.3 Doenças crônicas não transmissíveis na população idosa**

Caracteriza-se doença crônica não transmissível (DCNT) a doença com muitos fatores de risco associados, longo percurso de latência, irreversível e de origem não infecciosa, e que, além disso, pode gerar incapacidade funcional.<sup>4</sup> As DCNT também são associadas com determinantes sociais menores, econômicos, ocupacionais, étnicos e de gênero. Ou seja, as pessoas mais vulneráveis às DCNT são aquelas com menor renda, baixa ou nenhuma escolaridade, que vivem em localidades de periferia e, conseqüentemente, têm menor acesso aos serviços de saúde.<sup>17</sup>

As causas para as DCNT não podem ser atribuídas somente a um fator, tendo em vista que a maioria delas tem múltiplas causas e etiologias e depende também do tempo de exposição que o indivíduo ficou ao agente causador, além da carga genética. De um modo geral, os quatro principais fatores de risco comum para a maior parte das DCNT são o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável e o consumo de álcool em excesso. Segundo a Organização Mundial da Saúde 2014, as quatro doenças de maior impacto mundial são as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, AVC), tipos de câncer, as doenças respiratórias crônicas e as doenças que causam

sofrimento dos indivíduos, famílias e sociedade, como as desordens mentais e neurológicas, entre elas, destacando-se a depressão e a demência.<sup>17</sup>

No ano de 2011, as doenças cardiovasculares, do trato respiratório inferior e a doença pulmonar obstrutiva crônica totalizaram mais de 40% dos óbitos no mundo todo, e os principais fatores de risco incluem causas modificáveis.<sup>6,16,15</sup> De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2011), 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda. No Brasil, constituem um problema maior ainda, no ano de 2010, a taxa de mortalidade foi de 540 óbitos/100 mil habitantes, e grande parte dessas mortes foi prematura, em adultos em idade produtiva. Assim, de um modo geral, diminuem a qualidade de vida e impactam economicamente nas famílias e sociedade,<sup>2</sup> principalmente pelo fato de que os indivíduos permanecem expostos por muitos anos aos fatores de risco e consequências, acarretando em mudanças no setor público e privado de saúde.<sup>18</sup>

Outra consideração sobre as DCNT é que são altamente prevalentes entre os idosos, ficando em evidência principalmente as doenças cardiovasculares e as doenças mentais e neurológicas. Entre as doenças mentais que mais afetam os idosos, prevalecem as demências e a depressão.<sup>19,20</sup> Essas doenças são prioridades das ações em saúde mental no Brasil devido ao constante e rápido crescimento do número relativo de idosos, que transformou rapidamente o modelo epidemiológico das doenças<sup>17</sup>.

A depressão é considerada um distúrbio do humor ou da área afetiva que pode afetar as pessoas em qualquer faixa etária e com limitação funcional. No idoso, a depressão tem etiologia e formas de apresentação heterogêneas porque envolve aspectos biológicos relacionados com a fragilidade, comorbidades, aspectos psicológicos relacionados com a viuvez, mudança de papéis e aspectos sociais relacionados com a solidão.

Esse distúrbio psiquiátrico, quando associado com a demência, é considerado como o maior fator de comprometimento da qualidade de vida do idoso. Além de comprometer a qualidade de vida, a depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade, aumenta o nível de ideação suicida e diminui mais ainda a capacidade cognitiva do idoso. Algumas características estão presentes em pessoas depressivas independentes da faixa etária, no caso de pessoas com DCNT, estudos mostram baixa adesão medicamentosa, baixa autoestima, acarretando em piores prognósticos.<sup>21,22</sup>

A depressão é considerada uma doença mental comum nos idosos, podendo ser mais acentuada naqueles que já têm comorbidades, estão em isolamento social e/ou com diminuída qualidade de vida. No idoso, pode estar sendo subdiagnosticada por ser entendida como sintomas naturais do envelhecimento, próprios do processo de envelhecimento<sup>23</sup>. No Brasil, existe uma ampla variação na prevalência de depressão em idosos, de 4,7% a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado e do ponto de corte estabelecido para detectar tais sintomas.

Em um estudo que atendeu idosos no serviço de Atenção Primária à Saúde<sup>24</sup>, a prevalência de depressão foi de 11,19%<sup>20</sup>. Já estudos de base populacional tendem a demonstrar prevalências mais altas, no interior do estado do Paraná, um estudo<sup>25</sup> revelou a prevalência de 30% nos idosos atendidos na APS; no estado de Minas Gerais, a prevalência foi de 60% para sintomas de depressão nos idosos. Importante ressaltar que esses estudos citados no Brasil utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens.

Entende-se por cognição a habilidade de pensar, raciocinar e responder a estímulos envolvidos com o funcionamento mental<sup>4</sup>. Muitos estudos<sup>8,22,23,24,26,27,28</sup> demonstram uma associação em idosos com presença de sintomas de depressão com a presença de declínio cognitivo, no entanto não é comprovado que esses indivíduos futuramente desenvolverão algum tipo de demência, como a Doença de Alzheimer.

No processo de envelhecimento, ocorrem algumas modificações comuns e inevitáveis características da idade, como um declínio que pode variar conforme alguns domínios, mas que não irá afetar a vida cotidiana. Diferente do que pode ocorrer no idoso com declínio cognitivo patológico, o qual apresenta um comprometimento maior que o esperado, sendo risco para algum prognóstico de demência, como a do tipo Alzheimer<sup>5</sup>.

No Brasil, descreveu-se uma prevalência média de 7,1% de sintomas de diminuição cognitiva na população em geral<sup>29</sup>. Nos idosos, muitos estudos para rastrear o comprometimento cognitivo descrevem uma prevalência que varia de 16% a 36%.

### **3.4 Associação dos sintomas de depressão e *deficit* cognitivo nos idosos com doenças crônicas não transmissíveis**

Na população idosa, existem muitas condições que frequentemente podem estar associadas em razão de fatores biológicos, psicológicos e ou sociais<sup>8</sup>. Há evidências científicas que sugerem a associação tanto para os sintomas quanto para o diagnóstico de depressão em idosos com doenças crônicas, principalmente, as doenças crônicas não transmissíveis<sup>9,28,30</sup>. Essas evidências, também, são encontradas frequentemente em ampla escala, fazendo a mesma associação dessas doenças para a presença do declínio cognitivo nos idosos ou a presença de alguma demência<sup>9</sup>.

Um estudo realizado com 81 pacientes infectados pelo vírus da hepatite B investigou a prevalência de depressão, a qual teve 42% tanto por influência de fatores biológicos como psicológicos<sup>31</sup>. Para estudos de base populacional, em Taiwan<sup>32</sup> os indivíduos com câncer de próstata tinham risco aumentado para depressão em comparação aos homens livres da doença. No Brasil, alguns estudos<sup>25,33</sup> que investigaram associação entre sintomas de depressão e DCNT em idosos tiveram como resultado maior prevalência de sintomas de depressão em idosos que tinham uma ou mais DCNT do que aqueles livre das doenças. As causas são multifatoriais e o idoso pode ainda sofrer influências sociais, culturais e demográficas que poderão ser determinantes na presença de sintomas depressivos.

Em relação ao declínio cognitivo, não é bem-estabelecido se existe e qual é a influência dos fatores psicológicos e sociais que contribuem para que um idoso tenha um declínio cognitivo considerado patológico, passível ou não de demência no futuro. No entanto estudos clínicos sugerem que alterações cardiovasculares, decorrentes de patologias como diabetes, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca, são fatores potenciais devido às alterações vasculares dos idosos<sup>34,35</sup>. Um estudo com doentes renais crônicos detectou que nestes o declínio cognitivo era mais prevalente que entre aqueles livres da doença<sup>36</sup>. É importante salientar que alguns estudos sobre declínio cognitivo associaram o declínio cognitivo patológico ao desempenho físico prejudicado dos idosos<sup>33,37</sup>.

## **4 Métodos**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional inserido no Programa de Assistência em parceria da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre do estado do Rio Grande do Sul com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), denominado Programa de Envelhecimento cerebral (PENCE). O PENCE atende indivíduos com 55 anos ou mais, cadastrados em uma das 38 Equipes de Saúde da Família da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro e a Leste/Nordeste do município de Porto Alegre, totalizando 21 Unidades de Saúde. O objetivo é de fornecer suporte à rede de saúde mental do SUS nos três níveis de atenção à saúde a partir dos 55 anos e implementar um modelo de atenção à saúde mental.

### **4.2 Local do estudo**

Os idosos desta pesquisa pertencem a área de abrangência das 38 Equipes de Saúde da Família da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro e Leste/Nordeste do município de Porto Alegre, que correspondem ao Hospital São Lucas da PUCRS. De acordo com o Planejamento 2010 – 2013 da Secretaria de Saúde, estima-se uma população de aproximadamente 10.000 indivíduos.

### **4.3 População amostral**

Para o presente estudo foram incluídos todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde de umas das 38 Equipes de Saúde da Família da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro e Leste/Nordeste do município de Porto Alegre no período de março de 2013 a setembro de 2014, totalizando 1.391 idosos cadastrados neste período do PENCE.

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se uma proporção de um idoso com sintomas de depressão ou com sinais de declínio cognitivo para cada três idosos sem tais sinais e sintomas. Assim, foi encontrando um tamanho amostral de 1.328 indivíduos, para uma frequência de 70% e uma diferença de frequência de DCNT de 10% entre os grupos (alfa de 5% e poder de 90%).

#### **4.4 Critérios de seleção**

##### **4.4.1 Critérios de inclusão**

Para este estudo, foram incluídos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos com cadastro completo pelo Agente Comunitário de Saúde no PENCE até setembro de 2014.

##### **4.4.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo os indivíduos que não estiverem com os instrumentos de rastreio corretamente preenchido.

#### **4.5 Descrição dos métodos de mensuração**

##### **4.5.1 Escala Geriátrica de Depressão**

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS – *Geriatric Depression Scale*) foi desenvolvida e validada no ano de 1983 por Yesavage e colaboradores e vem sendo usada desde então em duas versões, longa e curta, composta por 30 e 15 questões, respectivamente. Este instrumento é utilizado para o rastreio dos sintomas de depressão em pacientes idosos, com perguntas objetivas, cujas resposta serão “sim” ou “não”.<sup>38</sup>

Neste estudo foi utilizada a versão GDS-15 para o rastreio dos sintomas de depressão em idosos (ANEXO A). A pontuação máxima é de 15 (quinze) pontos e o mínimo de 0 (zero). Este instrumento foi aplicado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) das Equipes de Saúde da Família envolvidas.

O resultado da escala foi classificado como: (i) sem sintomas depressivos quando a pontuação foi menor que 5; (ii) limítrofe quando a pontuação foi de 5 a 7; e (iii) com sintomas depressivos quando apresentou 8 ou mais pontos.

#### **4.5.2 Escala Vellore**

Para o rastreio de sinais de declínio cognitivo, foi utilizado a versão traduzida e adaptada para o Brasil da Escala Vellore, a qual foi desenvolvida e validada pela primeira vez na Índia (ANEXO B). Esta escala é utilizada para indivíduos com idade superior a 60 anos, sendo composta por 10 perguntas direcionadas para o informante que pode ser filho, cônjuge ou outros. A outra parte da escala é direcionada ao idoso, com 10 perguntas, as quais são relacionadas com atividades do dia-a-dia. A pontuação variando de 0 – 16 para a parte em que o idoso responde e 0 - 10, para as respostas do informante.

Neste estudo, o ponto de corte utilizado foi: maior ou igual a 11 (onze) para sintomas de déficit cognitivo, levando em consideração as respostas do paciente ou menor ou igual a 5 (cinco), levando em consideração as respostas do informante. Este instrumento também foi aplicado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada Equipe de Saúde da Família.

#### **4.5.3 Questionário geral**

Contam todas as informações sobre características de dados sócio demográficos, de dados de saúde, como a presença ou não de doenças crônicas não transmissíveis (ANEXO C).

## **4.6 Procedimentos para coleta de dados**

A capacitação dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) das Equipes de Saúde da Família (ESF) que pertencem às Gerencias Distritais, Leste/Nordeste, Lomba do Pinheiro/Partenon do Município de Porto Alegre iniciou no mês de setembro do ano de 2012 e o cadastro dos indivíduos pertencentes ao PENCE, iniciou no mês de março do ano de 2013.

Os ACS foram inicialmente capacitados para utilizar um instrumento dividido em três (03) partes, cadastramento dos indivíduos com instrumentos de coleta de informações e rastreamento para sintomas de depressão e declínio cognitivo na população com idade igual ou superior a 55 anos.

Os questionários são aplicados em meio físico primeiramente e em seguida repassados para a equipe e prontuário do usuário. São arquivados e digitados no banco de dados File Maker e analisado no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciencew (SPSS)* na versão 17.0.

## **4.7 Variáveis do estudo**

### **4.7.1 Variáveis dependentes**

As variáveis dependentes do presente estudo são os escores das escalas de rastreamento para sintomas de depressão (GDS-15) e sintomas déficit cognitivo (Vellore).

### **4.7.2 Variáveis independentes**

As variáveis independentes do presente estudo são ter ou não ter hipertensão arterial sistêmica, diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, angina, acidente cerebrovascular e câncer, as doenças crônicas não transmissíveis que serão utilizadas neste estudo.

### 4.7.3 Potenciais variáveis de confusão

Neste estudo, as potenciais variáveis de confusão são os dados demográficos, dados de escolaridade, dados socioeconômicos, dados sobre espiritualidade/religião, e impressão geral de saúde.

## 4.8 Análise estatísticas

Os dados foram analisados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) na versão 17.0. As variáveis descritas por frequências, médias, desvios padrões. Foi utilizado o teste ANOVA para amostras pareadas ou independentes. As associações entre variáveis categóricas foram testadas através do teste do qui-quadrado. Para controle de variáveis de confusão e independência das variáveis foi realizada regressão de poisson.

## 4.9 Aspectos éticos

Os procedimentos realizados não apresentaram riscos ou prejuízos para os sujeitos envolvidos na pesquisa. Para utilização dos dados do PENCE foi assinado um termo de confidencialidade (APÊNDICA A) pela presente pesquisadora e coordenador responsável do PENCE.

Com base na resolução 466/12, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), com parecer em 23 de agosto de 2013 (ANEXO D) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, parecer número 826.858 (ANEXO E).

## 5 Artigo submetido para publicação

O artigo científico foi submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública, cujo qualis para área interdisciplinar é A1.

O novo artigo foi submetido com sucesso!

[Login: ireniogomes](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



**SAGAS**  
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos  
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

---

**CSP\_0329/15**

<b>Arquivos</b>	<a href="#">Versão 1</a> <a href="#">[Resumo]</a>
<b>Seção</b>	Artigo
<b>Data de submissão</b>	03 de Março de 2015
<b>Título</b>	Doenças crônicas não transmissíveis associadas a sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família
<b>Título corrido</b>	Doenças crônicas associadas a depressão e declínio cognitivo
<b>Área de Concentração</b>	Epidemiologia
<b>Palavras-chave</b>	Depressão, Cognição, Doença Crônica, Idoso, Atenção Primária à Saúde
<b>Fonte de Financiamento</b>	Nenhum
<b>Conflito de Interesse</b>	Nenhum
<b>Condições éticas e legais</b>	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na <a href="#">Declaração de Helsinki</a> , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
<b>Registro Ensaio Clínico</b>	Nenhum
<b>Sugestão de consultores</b>	Nenhum
<b>Autores</b>	<a href="#">Amanda Ramalho Silva</a> (Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.) <enf.amandaramalho@hotmail.com> <a href="#">Vanessa Sgnaolin</a> (Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.) <vanessasgnaolin@yahoo.com.br> <a href="#">Eduardo Nogueira</a> (Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.) <eduardo.nogueira@acad.pucrs.br> <a href="#">Fernando Loureiro</a> (Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.) <fernandol001@gmail.com> <a href="#">Paula Engroff</a> (Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.) <paula.engroff@pucrs.br> <a href="#">Irenio Gomes</a> (Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.) <irenio.filho@pucrs.br>
<b>STATUS</b>	<a href="#">Com Secretaria Editorial</a>

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2015



## 6 Considerações finais

Este estudo teve como objetivo estudar a relação das doenças crônicas não transmissíveis com os sintomas de depressão e de déficit cognitivo em idosos atendidos por equipes de saúde da família, utilizando questionário geral de informações sociodemográficas e os instrumentos GDS-15 e Vellore para o rastreamento dos sintomas de depressão e de diminuição da cognição, respectivamente.

A aplicação do questionário e instrumentos pelos Agentes Comunitários de Saúde demonstrou que a partir de um planejamento prévio, ações de rastreio e diagnóstico podem ser resolvidas com maior engajamento na Atenção Primária à Saúde. Tanto o questionário geral, quanto os instrumentos demonstraram ser ferramentas eficientes, de baixo custo e fácil aplicação por profissionais da saúde, conferindo confiabilidade a partir das análises dos resultados.

Nesse aspecto, este estudo diferencia-se de outros por ser realizado em uma capital brasileira, ser de base populacional e com representatividade externa e também por trazer para a academia um instrumento que pode ser facilmente aplicado por qualquer profissional da saúde previamente treinado. Não somente para pesquisas futuras, mas este estudo permite com que façamos uma reflexão a respeito do papel do profissional da Atenção Primária à Saúde, porque como já é sabido, a maior parte dos problemas podem e devem ter a resolubilidade neste nível de atenção à saúde. Ficou claro que os instrumentos quando utilizado para a clínica, podem qualificar e ampliar o atendimento de cada usuário do SUS.

Tendo em vista os resultados deste estudo, as hipóteses testadas tiveram as associações esperadas, como a associação entre doenças crônicas não transmissíveis e informações sociodemográficas com os sintomas de depressão e com os sinais de diminuição da cognição. Os achados foram semelhantes e correspondentes a outros estudos e à população de idosos no Brasil. Torna-se importante salientar a necessidade do fortalecimento das redes de atenção à saúde relacionadas com a saúde mental e também a rede de apoio aos idosos no Brasil. Desse modo, emerge a necessidade constante de qualificação de recursos humanos e modelagem na distribuição dos recursos financeiros para o SUS.

## 7 Referências

1. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: revisão 2008. Instituto brasileiro de geografia e estatística: Rio de Janeiro, 2008.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde: Brasília, 2010.
3. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Instituto brasileiro de geografia e estatística: Rio de Janeiro, 2011.
4. Smeltzer B. S, Bare BG, Hincler JL, Cheever KH. Brunner & Studdarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
5. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Giugliani C. Medicina Ambulatorial. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
6. World Health Statistics. World Health Statistics 2013. Itália, 2013.
7. Araújo JD de. Polarização epidemiológica no Brasil. Epidemiol. E Serviços Saúde. 2012. Dez;21(4):533–8.
8. Lesman-Leegte I, Jaarsma T, Coyne JC, Hillege HL, Van Veldhuisen DJ, Sanderma R. Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly: A Comparison Between Patients With Heart Failure and Age- and Gender-Matched Community Controls. J. Card. Fail. 2009. Fev;15(1):17–23.
9. Wilson R, d Mendes, Bennett D, Bienias J, Evans D. Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2004 Jan;75(1):126–9.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395 de 9 de dezembro de 1999, aprova a Política Nacional da Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.
11. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil. Instituto brasileiro de geografia e estatística: Rio de Janeiro, 2009.
12. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012 Dez;380(9859):2095–128.

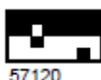
13. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de análise de situação em saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011 - 2012. Ministério da Saúde: Brasília, 2011.
15. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*. 2012 Dez;46:126–34.
16. Stevens A, Schmidt MI, Duncan BB. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Ciência Amp Saúde Coletiva*. 2012 Out;17(10):2627–34.
17. Fernandes M das GM, Nascimento NF de S, Costa KN de FM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev. Rede Enferm. Nord*, 2013: 11(1).
18. Alvarenga MRM, Oliveira MA de C, Faccenda O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. *Acta Paul. Enferm*. 2012 Jan;25(4):497–503.
19. Conte LBD, Souza LNA de. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão; Epidemiologic pattern of aging under depression. *J Heal. Sci Inst [Internet]*. 2009 Sep [cited 2013 Jun 25];27(3).
20. Steffens DC, Fisher GG, Langa KM, Potter GG, Plassman BL. Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *Int. Psychogeriatrics Ipa*. 2009 Out;21(5):879–88.
21. Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TA de F, Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus; Depression in elderly enrolled in a control program for hypertension and diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):80–5.
22. Bour A, Rasquin S, Aben I, Strik J, Boreas A, Crijns H, et al. The symptomatology of post-stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2009;24(10):1134–42.
23. Gunn JM, Ayton DR, Densley K, Pallant JF, Chondros P, Herrman HE, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2012 Febv 1;47(2):175–84.
24. Machado JC, Ribeiro R de CL, Cotta RMM, Leal PF da G. Cognitive decline of aged and its association with epidemiological factors in the city of Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. E Gerontol*. 2011 Mar;14(1):109–21.

25. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalence of dementia in several regions of the world: analysis of epidemiologic studies from 1994 to 2000. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2002 Mar;60(1):61–9.
26. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Rodriguez JLL, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet.* 2012 Jul;380(9836):50–8.
27. Erim Y, Tagay S, Beckmann M, Bein S, Cicinnati V, Beckebaum S, et al. Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 2010 Mar;47(3):342–9.
28. Chung S-D, Huang C-C, Lin H-C. Chronic prostatitis and depressive disorder: A three year population-based study. *J. Affect. Disord.* 2011 Nov;134(1–3):404–9.
29. Gomes J, Ruiz T., Corrente J. Sintomas depressivos e de déficit cognitivo na população acima de 60 anos e mais em um município de médio porte paulista. *Ver Bras Med e Comu.* 2011. Jun ;6(19):125 -32.
30. Alves TC de TF, Wajngarten M, Busatto Filho G. Cognitive decline, cardiovascular risk factors, and neuroimaging abnormalities. *Rev. Psiquiatr. Clínica.* 2005 Jun;32(3):160–9.
31. Soares LM, Yassuda MS. Relação entre cognição, hipertensão e diabetes em homens e mulheres idosos recrutados na comunidade : dados do projeto FIBRA. 2010
32. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet.* 2013 Mai 30;
33. Chodosh J, Miller-Martinez D, Aneshensel CS, Wight RG, Karlamangla AS. Depressive Symptoms, Chronic Diseases, and Physical Disabilities as Predictors of Cognitive Functioning Trajectories in Older Americans. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2010 Dez;58(12):2350–7.
34. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde: Brasília, 1992.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.
36. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.
37. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 1982 1983;17(1):37–49.

## **ANEXO A**



## **ANEXO B**



57120

ID: 

5

## PENGE - PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

Secretaria Municipal de Saúde – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

### INSTRUMENTO DE TRIAGEM PARA DEMÊNCIA - VELLORE

Nome

Nº do cadastro ESF

Data da entrevista

 /  / 20 

Equipe ESF

#### QUESTÕES PARA O INFORMANTE

O informante pode ser uma pessoa próxima que seja capaz de responder a questão 6. Pode ser: familiar, acompanhante ou profissional da saúde (ACS, enfermeira, assistente social, etc.)

Especificar o informante (ex: esposo, filha, ACS, etc):

1) "Ele/ela esquece com frequência de coisas que aconteceram recentemente?"

 Sim  Não

2) "Ele/ela tem problemas para lembrar onde guarda as coisas?"

 Sim  Não

3) "Ele/ela tem dificuldade com frequência para encontrar as palavras certas ou ele/ela usa palavras erradas em uma conversa?"

 Sim  Não

4) "Ele/ela tem dificuldade com frequência para entender o que é dito para ele/ela?"

 Sim  Não

5) "Ele /ela tem dificuldade com frequência para se vestir adequadamente?"

 Sim  Não

6) "Ele/ela urina em local apropriado?"

 Sim  Não

7) "Ele/ela tem dificuldade em reconhecer rostos familiares?"

 Sim  Não

8) "Ele/ela tem dificuldade em reconhecer objetos familiares, como uma chave, um pente ou uma colher?"

 Sim  Não

9) "Ele/ela consegue ir ao mercado para fazer compras como antigamente?"

 Sim  Não

10) "Ele/ela alguma vez já se perdeu na cidade?"

 Sim  Não



57120

5

### QUESTÕES PARA O PACIENTE

"Sr(a)\_\_\_\_\_. Agora vamos fazer uma avaliação importante para a memória e outras perguntas de tarefas que o Sr(a) faz no seu dia-a-dia. Eu vou fazer as perguntas lendo como elas estão escritas aqui e preciso que o Sr(a) tenha bastante atenção. Tudo bem? Podemos começar com a primeira pergunta?"

**1)"Fui ao mercado e trouxe uma banana, uma cadeira e uma moeda. O Sr(a) pode me dizer o que eu trouxe do mercado?"**

Número de acertos:  nenhuma palavra  1 palavra  2 palavras  3 palavras

"Eu quero que o (a) Sr(a) grave as três coisas que eu trouxe do mercado porque eu vou pedir para o Sr(a) se lembrar mais tarde."

**2)"Olhe para o meu rosto e faça exatamente o que eu fizer."  
(o instrutor fecha os olhos por dois segundos e depois os abre).**

Conseguiu fazer corretamente:  Sim  Não

**3)"O(A) sr(a) pode me dizer uma frase sobre a sua casa?"**

Disse corretamente (mínimo: sujeito, verbo e complemento verbal) :  Sim  Não

**4)"O(A) sr(a) pode me mostrar como o(a) Sr(a) acende a luz?"**

Conseguiu fazer corretamente:  Sim  Não

**5)"O(A) sr(a) pode me mostrar como o(a) Sr(a) penteia seu cabelo?"**

Conseguiu fazer corretamente:  Sim  Não

**6)Mostre ao entrevistado uma chave e pergunte: "O(a) Sr(a) pode me dizer o que é isto?"**

Disse corretamente:  Sim  Não

**7)"Feche os olhos. Eu vou colocar um objeto na sua mão. Pode me dizer o que o(a) Sr(a) tem na sua mão? (Entregar uma CANETA)**

Disse corretamente:  Sim  Não

**8)"O(A) Sr(a) pode pegar este papel com sua mão direita, dobrar ele ao meio e colocar em cima da mesa, do lado esquerdo?"**

Número de acertos:  nenhum comando  1 comando  2 comandos  3 comandos

**9) "O(A) Sr(a) pode abrir este cadeado?"**

Fez corretamente:  Sim  Não

**10)"O(A) Sr(a) pode lembrar as três coisas que eu trouxe do mercado?"**

Número de acertos:  nenhuma palavra  1 palavra  2 palavras  3 palavras

## **ANEXO C**









57120

5

**DADOS DE SAÚDE: MOBILIDADE, FORÇA E EQUILÍBRIO**

29. **Consegue ficar de pé?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
30. **Tem dificuldade para andar?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
31. **Tem fraqueza (falta de força) nas pernas?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
32. **Tem falta de equilíbrio quando fica em pé ou caminha?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
33. **Tem problema articular no quadril ou no joelho que dificulta o caminhar?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
34. **Tem muita dor quando tenta ficar de pé ou caminhar?**  
 sim  não  NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: FUMO (TABAGISMO)**

35. **Tem o hábito de fumar cigarro?**  
 sim Há quantos anos?    
 Nº médio de cigarros por dia:    
 Pretende parar?  sim  não
- não atualmente, mas já fumou  
 Parou de fumar há:      
○ dia  
○ mês  
○ ano  
 Motivo:  vontade  problema de saúde  pressão familiares/amigos  outros  
 Fumou durante quantos anos?    
 Nº médio de cigarros por dia:     
 não, nunca fumou  
 NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: ÁLCOOL**

36. **O senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?**  
 sim  não (NUNCA)  NR (não respondeu)
37. **Se SIM, quais os tipos de bebidas alcoólicas que o senhor(a) consome? E a dose ingerida? (marcar mais de uma opção, se for o caso)**
- |   |   |   |                                   |                                 |                              |
|---|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vinho tinto        | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> vinho branco       | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> cerveja com álcool | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> cachaça            | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> vodca              | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> uísque             | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> caipirinha         | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
| <input type="checkbox"/> outro              | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos<br><input type="checkbox"/> cálices<br><input type="checkbox"/> garrafas | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
38. **Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentou ou sugeriu que estava bebendo demais?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
39. **Alguma vez o senhor(a) tentou deixar de beber, mas não conseguiu?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
40. **O senhor(a) já teve dificuldades no trabalho por causa da bebida? (ex: faltar ao trabalho ou estudo)**  
 sim  não  NR (não respondeu)
41. **O senhor(a) tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?**  
 sim  não  NR (não respondeu)
42. **O senhor(a) já pensou alguma vez que estava bebendo demais?**  
 sim  não  NR (não respondeu)



57120

5

**DADOS DE SAÚDE: MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, FITOTERÁPICOS**

43. O (A) senhor(a) utiliza **MEDICAMENTOS**? (revisar os medicamentos em uso atual junto com o idoso ou familiar)

sim (preencher na tabela abaixo os medicamentos em uso)

não

1. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro Tempo de uso:   dia  mês  ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

2. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro Tempo de uso:   dia  mês  ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

3. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro Tempo de uso:   dia  mês  ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

4. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro Tempo de uso:   dia  mês  ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

5. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro Tempo de uso:   dia  mês  ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?



57120

5

6. Medicamento:
- Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não
- Horário:  manhã  tarde  noite
- Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro
- Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)
- familiar  auto-indicação  outra
- Tempo de uso:   dia  mês  ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
7. Medicamento:
- Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não
- Horário:  manhã  tarde  noite
- Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro
- Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)
- familiar  auto-indicação  outra
- Tempo de uso:   dia  mês  ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
8. Medicamento:
- Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não
- Horário:  manhã  tarde  noite
- Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro
- Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)
- familiar  auto-indicação  outra
- Tempo de uso:   dia  mês  ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
9. Medicamento:
- Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não
- Horário:  manhã  tarde  noite
- Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro
- Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)
- familiar  auto-indicação  outra
- Tempo de uso:   dia  mês  ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
10. Medicamento:
- Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não
- Horário:  manhã  tarde  noite
- Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro
- Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)
- familiar  auto-indicação  outra
- Tempo de uso:   dia  mês  ano
- Pra que serve (motivo do uso)?
11. Medicamento:
- Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não
- Horário:  manhã  tarde  noite
- Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro
- Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)
- familiar  auto-indicação  outra
- Tempo de uso:   dia  mês  ano
- Pra que serve (motivo do uso)?



57120

5

44. O(A) Sr(a) entende o que está escrito na sua receita?

sim  não  NR (não respondeu)

45. Você costuma utilizar algum CHÁ como tratamento natural ou caseiro?

sim Quais e para qual tratamento?

Chá 1:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 2:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 3:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 4:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>

não

#### ADESÃO AO TRATAMENTO (MORISKY)

46. O(A) senhor(a) alguma vez se esquece de tomar os seus remédios?

sim  não Qual(s) medicamento(s)?

47. O senhor(a) é descuidado com os horários de tomar os seus remédios?

sim  não Qual(s) medicamento(s)?

48. Quando o senhor(a) está se sentindo melhor, às vezes para de tomar os seus remédios?

sim  não Qual(s) medicamento(s)?

49. Em algum momento, se o senhor(a) se sentiu mal, parou de tomar os seus remédios? (sentiu dor de cabeça, ou tontura ou enjôo e então resolveu não tomar seu remédio)

sim  não Qual(s) medicamento(s)?

O que sentiu?

#### REAÇÕES/EFEITOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

50. Sente algo quando toma os medicamentos:

sim  não

Nome do Medicamento	Data da reação	Sintomas	Como foi tratada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

51. OBSERVAÇÕES:

<input type="text"/>

**ANEXO D**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 23 de agosto de 2013.

Senhor (a) Pesquisador (a) Amanda Ramalho Silva

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "SINTOMAS D EDEPRESSÃO E DE DEFICT COGNITIVO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

  
**Prof. Alfredo Cataldo Neto**  
Coordenador Adjunto da CC/IGG

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000  
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862  
E-mail: [igg@pucrs.br](mailto:igg@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/igg](http://www.pucrs.br/igg)

**ANEXO E**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral

**Pesquisador:** IRENIO GOMES DA SILVA FILHO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 30828914.5.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 826.858

**Data da Relatoria:** 23/10/2014

#### Apresentação do Projeto:

Esse projeto faz parte de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que irá permitir acompanhar a saúde mental de aproximadamente 12.000 pessoas com 55 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das áreas de abrangência do Hospital São Lucas. Esta parceria para a assistência já está estabelecida e em andamento, conforme descrito após o referencial teórico (item 4 deste projeto). O projeto de pesquisa, aqui apresentado, se propõe a utilizar os dados que serão gerados nessa assistência, complementado com algumas coletas mais específicas. A partir desta experiência será escrito um manual para implementação desse tipo de parceria Universidade/ Serviço Público para assistência integrada à Saúde Mental do Idoso, que poderá ser aplicado para toda a ESF de Porto Alegre e de outros municípios.

Trata-se da principal linha de pesquisa dos dois Professores proponentes no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, com participação de residentes da Psiquiatria, que desenvolvem seus trabalhos de conclusão de curso, de residentes da neurologia, de bolsistas de iniciação científica e inúmeros mestrados e doutorandos.

Como resultado, um dos subprojetos foi contemplado em um edital do Programa Ciência Sem

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 826.858

Fronteiras,

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral**

Criar e implementar um modelo de atenção à saúde mental para indivíduos a partir dos 55 anos, integrando todos os níveis, desde a atenção primária até a terciária, criando um fluxo continuado de capacitação, suporte, assistência e pesquisa, com transferência de conhecimento da Universidade/Hospital Universitário (centro terciário) para a rede básica ESF/Porto Alegre.

**4.3.2. Objetivos Específicos**

- Capacitar e oferecer suporte sistemático à ESF para o diagnóstico precoce e acompanhamento de indivíduos com déficit cognitivo ou distúrbio do humor;
- Elaborar e implementar protocolos de acompanhamento de idosos com problemas de saúde mental;
- Apoiar o aperfeiçoamento do sistema de referência e contra-referência através do uso de uma metodologia de transferência de conhecimento, e do monitoramento dos rastreamentos e avaliações estabelecendo níveis estratificados de detecção e assistência de problemas cognitivos ou de humor;
- Criar um banco de dados para a utilização na pesquisa científica e no meio acadêmico, visando a produção e disseminação nos meios científicos e do conhecimento obtido;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Subprojeto 3 - coleta de sangue: No momento da coleta de sangue poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele. Complicações dessa coleta são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias.

**Benefícios:**

O PENCE será importante para o planejamento público de saúde no Brasil, o conhecimento da frequência

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 826.858

de doenças mentais nos idosos, os fatores de risco que possam ajudar em programas de prevenção e as manifestações iniciais dessas doenças que permitam a realização de um diagnóstico precoce. Acreditamos que os resultados desse projeto venham contribuir para o aperfeiçoamento das ações públicas de saúde e, com isso, contribuam a um menor custo, diagnóstico mais acurado e uma melhor qualidade de vida para a população que está envelhecendo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevantes desde o ponto de vista clínico e científico

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores apresentaram todos os termos de apresentação obrigatória

**Recomendações:**

Aprovar

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Incluir a rúbrica do participante e do pesquisador em todas as folhas do TCLE

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puocs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 626.858

PORTO ALEGRE, 10 de Outubro de 2014

---

Assinado por:  
Rodolfo Herberto Schneider  
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucls.br

## APÊNDICE A

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**  
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cadastrados em uma das 42 Equipes de Saúde da Família do Município de Porto Alegre, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 01 de julho de 2013.

De acordo

---

*Amanda Ramalho Silva*

---

*Irenio Gomes da Silva Filho*